

Nom : Prénom : Classe :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(A remplir pour chaque enfant scolarisé)

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

Assurance responsabilité civile, Nom et n° de contrat (*merci de fournir votre attestation d'assurance lors du rendez-vous en mairie*) :

.....

.....

1. Vaccination :

(Fournir obligatoirement une **photocopie du carnet de santé** ou des certificats de vaccination de l'enfant)

Date du dernier rappel du vaccin obligatoire DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) :

*Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication

2. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

L'enfant a-t-il des allergies ? *OUI NON

(* Si oui, préciser la forme d'allergie, la cause et la conduite à tenir

.....

La santé de votre enfant nécessite-t-elle un protocole (P.A.I) ? *OUI NON

(* Si oui, préciser cette information auprès de la directrice dès que possible.

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

.....

3. Recommandations utiles des parents :

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. ... ?

.....

.....

.....

.....

Nom : Prénom : Classe :

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

En cas d'urgence, il est important de pouvoir joindre un parent rapidement. Pour cela veuillez-indiquer vos coordonnées :

N° de téléphone personnel fixe ou portable :

Si vous n'êtes pas joignable à votre domicile, où peut-on vous joindre facilement ?

Lieu de travail du père :

Téléphone et n° de poste éventuellement :

Lieu de travail de la mère :

Téléphone et n° de poste éventuellement :

Médecin habituel de l'enfant et n° de téléphone :

Avez-vous quelque chose de particulier à signaler (allergie contre-indication...) ?

.....

Dans le cas où il serait impossible de joindre très rapidement les parents, je soussigné (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)..... autorise le personnel à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas de maladie, d'accident ou toute autre affection grave après consultation d'un praticien.

LISTE DES PERSONNES HABILITEES A PRENDRE L'ENFANT A LA FIN DE LA JOURNEE :

Veuillez indiquer ci-dessous les personnes habilitées à prendre l'enfant à la sortie des cours ou à la garderie :

M/Mme lien de parenté.....
Demeurant..... n° de téléphone.....

M/Mme lien de parenté.....
Demeurant..... n° de téléphone.....

M/Mme lien de parenté.....
Demeurant..... n° de téléphone.....

M/Mme lien de parenté.....
Demeurant..... n° de téléphone.....

Date et signature des parents :